

ANNÉE 1920-1921

N° 78

LE TRAITEMENT
DES INFECTIONS POST-ABORTIVES
Par rétention placentaire

*(Résultats d'une Méthode électrique, d'après les documents
de la Maternité de Canolle à Bordeaux (1911-1921))*

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le mercredi 11 mai 1921

PAR

Louis-Jules-Marie GUINAUDEAU

né à Evreux (Eure) le 25 août 1896

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, Président.	{ Juges.
		VILLAR, professeur.	
		CASSAET, professeur.	
		PAPIN, agrégé.	

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

ANNÉE 1920-1921

N° 78

LE TRAITEMENT
DES INFECTIONS POST-ABORTIVES
Par rétention placentaire

*(Résultats d'une Méthode électrique, d'après les documents
de la Maternité de Canolle à Bordeaux (1911-1921))*

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le mercredi 11 mai 1921

PAR

Louis-Jules-Marie GUINAUDEAU

né à Evreux (Eure) le 25 août 1896



Examineurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur, *Président.*

VILLAR, professeur.

CASSAET, professeur.

PAPIN, agrégé.

} *Juges.*

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1921

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie .	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZAS.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	N...	ladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique. . .	DENIGES.
tologie.	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale .	BERGONIÉ.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		MAURIAC.
Anatomie et embryologie.	PICQUE.	Médecine générale . . .	LEURET.
	N...		DUPERIE.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	PERRENS.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		GUYOT.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . . .	ROCHER.
Physique biologique et			DUVERGEY.
médicale	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et mé-		Obstétrique.	PERY.
dicale	N...		FAUGÈRE.
	N...	Ophtalmologie.	TEULIERES.
Médecine générale. . .	PETGES.	Pharmacie	LABAT.
	CARLES (J.).		N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGERE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS,
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
— de Toxicologie et Hygiène appliquée	N...
— d'Analyse chimique qualit. et quantit.	N...
— de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
— de Microbiologie	N...
— de Pathologie interne.	MAURIAC.
— de Pathologie externe.	GUYOT.
— de Vénérologie.	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage de mon affection
reconnaissante.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux*

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

AVANT-PROPOS

Arrivés à la fin de nos études nous tenons à remercier ici tous les Maîtres qui à la faculté de Médecine de Bordeaux ou dans les Hôpitaux de la Ville nous ont prodigué leur enseignement.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Monsieur le Professeur Rivière, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Monsieur le Docteur Balard, Médecin accoucheur des Hôpitaux nous a fourni le sujet de ce travail, et aussi quelques indications qui nous ont été fort utiles ; nous avons reçu à Canolle de Monsieur le Professeur agrégé Péry un accueil que nous ne saurions oublier, et Mademoiselle Coiffard, maîtresse sage-femme de ce service nous a été au cours de nos recherches une auxiliaire précieuse.

Nous les prions de bien vouloir trouver ici l'expression de toute notre gratitude.

INTRODUCTION

La rétention placentaire est une complication très fréquente de l'avortement, surtout lorsqu'il se produit au 3^me mois de la grossesse. — Quelles peuvent en être les causes ? Quels en sont les dangers ?...

Si, tout à fait au début de la grossesse, l'avortement se fait généralement en un bloc, il n'en est plus de même lorsque la fausse-couche se produit au bout de trois ou quatre mois de gestation. A cette époque (3 mois d'après Ribemont-Dessaigues), l'expulsion a lieu régulièrement en deux temps.

Or, considérons quel est à ce moment l'état de l'utérus : peu développé, il ne peut donner que des contractions musculaires relativement faibles ; le col, non effacé et très peu ramolli, forme un canal étroit et résistant dont l'orifice interne se referme après le passage du fœtus. Le placenta est plus volumineux que le fœtus et il est plus fortement adhérent à la paroi utérine.

Tous ces motifs expliquent la fréquence des rétentions placentaires post-abortives.

Que se passe-t-il maintenant en cas de rétention, et quels sont les dangers auxquels peut être exposée la malade ?

Des cas ont été publiés dans lesquels le placenta aurait été très bien supporté pendant des délais assez longs, (plusieurs mois) par l'utérus, n'occasionnant aucun accident, et aurait été expulsé spontanément sans aucune intervention, « frais, rose, inodore ».

Ces cas sont cependant rares et il n'en reste pas moins vrai que dans tout avortement avec rétention placentaire, la malade est exposée à deux dangers : l'hémorragie et l'infection.

Le traitement de l'infection a donné lieu à des opinions fort diverses chez les accoucheurs, suivant le temps, suivant aussi les pays.

Deux méthodes se présentent qui prétendent l'une et l'autre donner le maximum de sécurité quant à la vie de la malade : la méthode interventionniste et la méthode abstentionniste. Nous allons étudier successivement en quoi consistent les traitements préconisés par les partisans de l'une et l'autre méthode, quels sont les arguments que chacun fait valoir et qu'elles sont aussi les critiques que l'on peut opposer aux uns et aux autres.

Nous ne chercherons pas à trancher un litige aussi délicat ; nous nous contenterons de résumer les divers avis autorisés qui ont pu être donnés sur la question.

Puis, nous exposerons quelle est la méthode employée à la maternité de Canolle, à Bordeaux, où un *éclectisme* judicieux sait s'inspirer à la fois de l'une et l'autre théorie, et nous montrerons par des chiffres, plus éloquentes que tous les discours, quels ont été les résultats que, appliquée d'une façon régulière, elle a pu donner pendant ces 10 dernières années.

CHAPITRE I

DE LA THÉRAPEUTIQUE HABITUELLE DES RÉTENTIONS PLACENTAIRES

I. — La méthode interventionniste

Le premier des interventionnistes fut Ambroise Paré. Avant lui n'étaient guère employés, pour obtenir l'expulsion du placenta retenu dans l'utérus, que ce soit après un accouchement ou un avortement, que des moyens qui étaient forcément très primitifs : boissons, fumigations, vomitifs, sternutatoires, voire sabots de cheval brûlés ou excréments de chat.

Paré nous a laissé deux ouvrages dans lesquels il traite de l'art des accouchements. La seule intervention qu'il connaisse, et qu'il recommande d'ailleurs, pour extraire le placenta retenu est un curage manuel ou simplement digital suivant que l'on a affaire à une rétention post-partum ou post-abortum.

Avec le XVIII^e siècle, le traitement des rétentions placentaires fut perfectionné et au curage digital on adjoignit des injections intra-utérines, « émollientes, détersives, et anti-putrides », et aussi l'extraction par la pince à faux germes.

Cependant, cette méthode ne tentait guère l'école française et Levret, Baudelocque, Madame Lachapelle, surtout, s'y montraient plutôt hostiles.

La méthode interventionniste ne commença à être réellement appliquée qu'à la fin du XVIII^e et au XIX^e siècle. Mais nous voyons là les avis différer. Alors qu'en Angleterre et en Amérique, le curage digital semblait avoir toutes les faveurs, en Allemagne on préfère résolument la curette.

En France, la méthode interventionniste est à cette époque très précousée par Pajot d'abord et par Doléris ensuite. Ils diffèrent simplement d'avis sur le moment de l'intervention. Pajot répétait à ses élèves : « L'intervention dans l'avortement n'est pas une affaire d'horlogerie », et il ajoutait : « L'extraction du placenta est subordonnée à une indication légitime non au temps. »

« C'est le nez de l'accoucheur qui est juge de la situation. « Quand la putréfaction est évidente, il faut agir et vider « l'utérus. »

Doléris, lui, est d'avis de l'extraction précoce avant même qu'il y ait des accidents infectieux : « Agissez dès que vous « êtes convaincus que l'avortement ne se liquidera pas en « une seule étape ou deux étapes rapprochées comme c'est « souvent le cas... »

« J'accepte donc avec Pajot l'intervention conditionnelle ; « seulement, pour lui, la condition est la putridité, pour « moi, c'est le fait seul, bien avéré, de l'œuf caduc totale- « ment ou partiellement retenu dans la cavité utérine. »

Après avoir soulevé bien des objections de partisans d'une méthode expectative, cette théorie fit de plus en plus de progrès dans le monde des accoucheurs et elle finit par devenir, en France du moins, à peu près seule appliquée jusqu'aux dernières années.

Mais il y a dans l'intervention divers degrés. Quels sont les moyens qu'emploient les interventionnistes pour guérir leurs malades ? Ils sont au nombre de deux : le curagé digital et le curettage.

Nous rangeons dans la catégorie du curage digital, l'écouvillonnage qui n'en est que le complément : l'écouvillon est comme moyen thérapeutique beaucoup plus près du doigt que la curette.

Enfin, quelques accoucheurs ont aussi proposé comme traitement de l'infection post-abortive par rétention placentaire l'hystérectomie par voie abdominale ou beaucoup plutôt par voie vaginale. Voyons donc en quoi consistent ces divers moyens thérapeutiques et quelles sont les critiques que l'on peut leur adresser.

Le curage digital. — Le curage digital consiste dans l'introduction dans la cavité utérine de un ou plusieurs doigts et dans l'extraction par ce procédé des débris placentaires qui tapissent la muqueuse. Le décollement se fait en suivant avec la pulpe du doigt le plan de clivage qui existe entre le tissu utérin et le placenta, ou en grattant avec l'ongle si l'adhérence est trop forte. Pour extraire les débris ainsi décollés, il est classique d'employer la manœuvre de Maygrier et Bubin, connue sous le nom d'expression abdomino vaginale : elle consiste à comprimer l'utérus avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin ; avec l'autre main on appuie sur la face antérieure de l'utérus à travers la paroi abdominale. — On a adressé au curage divers reproches. D'aucuns le considèrent comme insuffisant : la statistique que nous avons dressée à la Maternité de Canolle à Bordeaux, nous fixera sur ce point. D'ailleurs, nombre d'accoucheurs ont pratiqué cette opération sans que jamais, disent-ils, ils aient eu à la refaire.

L'objection de Pajot, qu'il faudrait avoir les doigts démesurément longs, ne paraît guère sérieuse. Celle de Martineau, basée sur l'asepsie difficile des doigts et surtout du sillon unguéal, est à réfuter entièrement. On lui a reproché aussi d'être douloureux. A la rigueur, l'anesthésie peut être pratiquée, si l'état de nervosité de la malade ne permet pas de s'en dispenser.

L'écouvillonnage. — L'écouvillon fut inventé par Doléris. Il s'emploie soit isolé, soit beaucoup plutôt associé au curage digital, pour donner en quelque sorte un « coup-de-balai » terminal dans le but d'expulser les débris placentaires détachés de la muqueuse utérine. Il est aussi utilisé pour porter dans la cavité des topiques médicamenteux qui ne seraient pas applicables par le procédé de l'injection intra-utérine. C'est surtout dans ce but que les accoucheurs l'emploient en terminant un curage ou un curetage.

Le curetage. — Récamier le premier, en 1846, se sert de la curette pour extraire le placenta retenu dans l'utérus. Mais, avant lui, on avait déjà utilisé dans ce but diverses sortes de pinces.

On a fait au curetage le reproche d'être insuffisant, difficile et dangereux.

1° — Insuffisant parce qu'aveugle: Il est toujours difficile une fois le curetage terminé, de vérifier par une exploration digitale s'il ne reste rien dans la cavité.

2° — Difficile en ce sens qu'il nécessite souvent des manœuvres préalables telles que la dilatation, l'abaissement du col. A cela on peut répondre que la dilatation du col est toujours suffisante pour l'introduction de la curette : quant à l'abaissement du col, outre qu'il est très facilité par le relâchement des ligaments de l'utérus gravide, il est indolore et considéré comme sans danger.

3° — Dangereux : a) Danger de perforation : le tissu utérin gravide est évidemment friable, et cela d'autant plus que l'âge de la grossesse est plus avancé. C'est pour éviter ce danger que le professeur Lefour inventa une curette spéciale ; depuis que celle-ci est couramment employée, les cas de perforation utérine sont devenus très rares.

b) Il traumatise la barrière organique protectrice des cellules et des leucocytes ; il ouvre les vaisseaux lymphatiques et dissémine la suppuration. Cette critique allemande est-elle fondée ? On peut, si l'on craint les réactions d'ensem-

cement consécutives au curettage, les supprimer, ou, du moins, les atténuer en badigeonnant la cavité utérine, selon le conseil de Bonnaire, une heure ou deux avant l'intervention, avec une solution iodée.

L'hystérectomie. — Nous arrivons maintenant à la dernière pratique de la méthode interventionniste ; à savoir l'hystérectomie. L'hystérectomie a été très préconisée comme traitement de l'infection post-abortive par rétention placentaire par certains accoucheurs : ceux-ci la pratiquent d'une façon méthodique lorsque, après un curettage la température continue à monter d'une façon inquiétante pour la vie de la malade. Des cas ont été publiés dans lesquels des femmes, dont l'état semblait désespéré, auraient bénéficié singulièrement de ce traitement et auraient été en quelque sorte ressuscitées. J. L. Faure a publié à ce sujet un cas typique. (Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 10 mai 1920).

Nous ne pouvons avoir d'opinion sur cette méthode que nous n'avons pas vue appliquer à Bordeaux ; cependant, il nous semble que la mutilation que comporte cette intervention en est un très gros inconvénient, et doit faire hésiter bien des accoucheurs.

II. — *La Méthode abstentionniste*

Le traitement par l'abstention des avortements infectés ne fut pendant longtemps employé que parce qu'étant le seul connu.

Lorsque la méthode interventionniste eut commencé à faire ses preuves, il y eut cependant quelques accoucheurs, et non des moindres, qui s'y déclarèrent hostiles. Tarnier et Budin furent parmi les premiers à traiter résolument et d'une façon raisonnée, les infections post-abortives par l'abstention.

Voyons donc quel était leur mode de traitement ; ils di-

saient : « Voici pour notre compte, comment nous procé-
« dons ; s'il existe des phénomènes de septicémie au début,
« nous faisons pratiquer des injections vaginales antisepti-
« ques très fréquentes ; toutes les deux heures et même
« toutes les heures en commençant. Elles suffisent le plus
« souvent et les accidents cessent totalement. On continue
« les injections antiseptiques en les renouvelant moins
« souvent, et le placenta sort, soit en bloc, soit par élimi-
« nation insensible.

« Si lorsqu'on est appelé, les symptômes d'infection sont
« plus graves, ou si les accidents ne cèdent pas rapidement
« aux injections vaginales sérieusement faites, on doit re-
« courir aux injections intra-utérines antiseptiques. Les
« injections intra-utérines sont renouvelées plus ou moins
« fréquemment suivant l'état de la femme ; dans les inter-
« valles de temps où elles sont faites, on continue les injec-
« tions vaginales. En agissant de la sorte, on rend proba-
« blement aseptique la cavité utérine, et on obtient ce résul-
« tat assez rapidement, car les lochies cessent d'être fétides
« et la fièvre tombe. En terminant, nous rappellerons en-
« core que dans l'avortement, malgré tous les conseils d'in-
« tervention qui ont été donnés, il faut savoir attendre ».

Cette théorie fut combattue par Pinard et Varnier, et la pratique en fut à peu près complètement abandonnée. Elle fut reprise il y a une vingtaine d'années par les accoucheurs américains.

De Lee, en 1897, par suite de l'encombrement de ses salles et à cause des difficultés matérielles, fut amené à traiter par l'abstention des malades de son service. Il obtint de bons résultats et il généralisa alors la méthode.

Elle fut appliquée aussi en Allemagne, où elle trouva de chaleureux défenseurs, et, en France même, on voit actuellement se manifester dans certaines maternités, une tendance nette vers ce traitement. A la clinique Baudelocque, à Paris, en particulier, le curettage autrefois très fréquemment pratiqué, paraît être maintenant en défaveur, et il

semble qu'on s'y rallie de plus en plus au traitement abstentionniste.

En quoi consiste-t-il donc ? Peu de choses ont été changées depuis le tableau qu'en ont tracé Tarnier et Budin. Voici comment de Lee traite ses malades : il se contente de les faire placer dans leur lit en position dite de Fowler, c'est-à-dire demi-assises ; les malades reçoivent un traitement médical anti-infectieux, et au point de vue local, on se contente d'injections vaginales et d'un sachet de glace placé à demeure sur la région utérine. Au bout de 12 à 15 jours, en général, la température est redevenue normale, et alors, si le placenta n'est pas expulsé, spontanément, on l'extrait par un curettage qui est considéré comme sans danger.

Certains, cependant, ajoutent à ce traitement, des injections intra-utérines antiseptiques plus ou moins fréquemment renouvelées ; d'autres même ont appliqué à l'infection utérine l'irrigation continue.

Nous ne possédons pour les résultats de cette méthode qu'une statistique de Traugott, portant sur 138 cas, et donnant :

94 % de guérisons complètes ;

4 % de cas graves ;

2 % de mort.

On a émis contre cette méthode et en faveur du traitement interventionniste un argument récent, suggéré par la pratique chirurgicale de guerre. Lorsque, dans une plaie était resté inclus un débris vestimentaire, quelque morceau de capote entraîné par l'éclat d'obus et forcément très septique, est-ce que la conduite du chirurgien n'était pas toujours la même : après l'ouverture large de la plaie, aller à la recherche du corps étranger, et l'enlever, pour, en supprimant la cause, tâcher de supprimer l'effet : l'infection. Ne peut-on pas comparer les débris placentaires infectés, c'est-à-dire morts, à ces corps étrangers éminemment septiques, et ne

semble-t-il pas plus rationnel de les enlever plutôt que de les laisser favoriser ou entretenir l'infection.

Mais ce n'est là qu'un argument théorique. Nous n'avons pas vu appliquer la méthode abtentionniste, et nous n'avons pas de base pratique pour la critiquer. Mais nous montrons tout à l'heure qu'on peut obtenir des résultats aussi satisfaisants que ceux donnés par Traugott, en employant des moyens thérapeutiques plus énergiques que le sachet de glace ou les injections antiseptiques, vaginales ou intra-utérines.

CHAPITRE II

LA PRATIQUE ET LES RÉSULTATS DE LA MATERNITÉ DE CANOLLE A BORDEAUX

I. — Méthode éclectique

Nous avons recherché quelle était la pratique suivie à la Maternité de Canolle, à Bordeaux, depuis une période de dix ans et quels étaient les résultats obtenus.

En 1911, la Maternité de Canolle était placée sous la direction du Professeur agrégé Fieux. Le Professeur agrégé Andérodias lui succéda. Il fut remplacé pendant la guerre par le Docteur Lafond. Actuellement Monsieur le Professeur agrégé Péry dirige le service.

La pratique de ces dix dernières années n'a pas, forcément été toujours la même. Il nous a été permis de constater quelques différences dans le traitement appliqué, suivant l'opinion personnelle de tel ou tel chef de service. En particulier, nous avons remarqué quelques différences dans le nombre de curettages pratiqués, en diverses années. Cette

différence est due au fait que les uns pratiquaient le curettage sans tenter le curage si celui-ci paraissait non pas seulement impossible, mais même difficile, alors que d'autres tentaient toujours le curage, et s'en tenaient là, si les conséquences étaient bonnes.

Néanmoins, le caractère commun de ces diverses pratiques réside dans un judicieux *éclectisme* à opposer à certaines thérapeutiques systématiques proposées par certains auteurs. Nous pouvons résumer ainsi le traitement de Canolle, tel qu'il a été à peu près toujours suivi depuis dix ans, et tel qu'il est encore actuellement appliqué :

Toute femme arrivant à Canolle après un avortement est examinée : le diagnostic de rétention placentaire est-il posé, on pratique un curage digital, pour éloigner les dangers d'hémorragie ou d'infection. A plus forte raison le pratique-t-on si l'infection est déjà déclarée. Le curage digital est suivi d'une injection intra-utérine à la solution de Tarnier ; cette injection est répétée dans les jours qui suivent, et à raison de une par jour, si la température ne baisse pas immédiatement. Bien entendu, on applique en même temps à la malade un traitement anti-infectieux approprié : électargol, huile camphrée, abcès de fixation, etc....

En général, le traitement se borne-là. Cependant, il est des cas où l'on pratique un curettage. Ces cas sont limités ; le curettage n'a lieu que si, par suite de l'étroitesse du col, le curage digital est impossible, ou si l'exploration de la cavité utérine a révélé la présence de quelques débris placentaires, que le doigt a été impuissant à extirper.

Quant à l'écouvillonnage, il est peu pratiqué : on n'emploie guère l'écouvillon à Canolle, que pour porter un topique médicamenteux (essence de térébenthine en général), dans la cavité utérine après un nettoyage. Il est exceptionnel qu'il soit employé après un curage.

Nous avons réuni tous les cas de rétentions placentaires post-abortives, avec infection, traités à Canolle du 1^{er} jan-

vier 1911 au 1^{er} janvier 1920. Mais, avant d'exposer les chiffres que nous avons obtenus, nous voulons montrer quelques courbes caractéristiques qui montrent l'effet bien-faisant du traitement qu'on y applique.

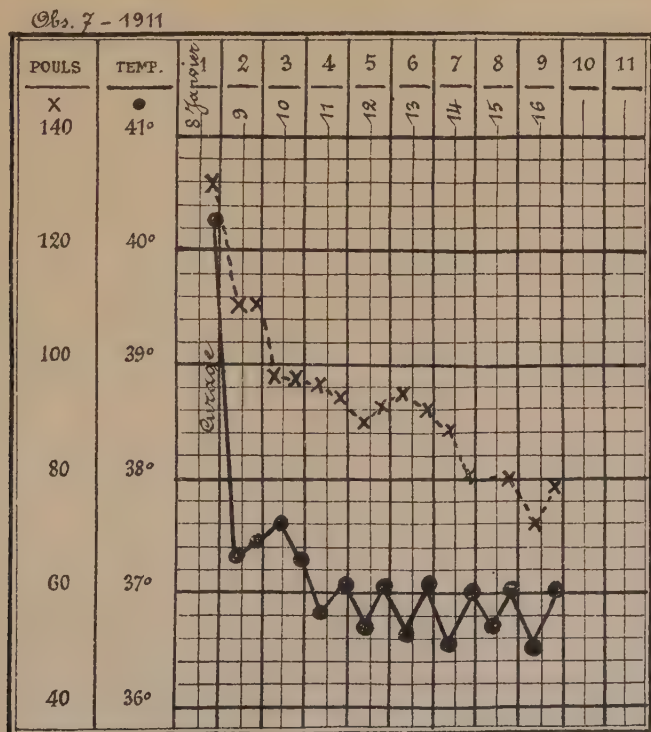
Voici une courbe de curage et une courbe de curettage, prises parmi toutes celles que nous avons eues sous les yeux.

Nous aurions pu en présenter ici beaucoup plus ; mais, en dehors des difficultés matérielles actuelles, la répétition de ces courbes, toutes semblables, ne nous a pas paru offrir un très gros intérêt.

OBSERVATION N° 1 (n° 7 — 1911)

Curage

Malade entrée le 8 janvier après un avortement de 2 mois et demi, datant de 3 jours.



suite duquel la température monte à 40° et le pouls à 118. Défervescence brusque dans les journées du 5 et du 6 février. La malade sort guérie le 12 février, soit après un séjour de 10 jours à Canolle.

Dans le curettage, en général, comme dans l'exemple ci-dessus, on constate une légère élévation de température le lendemain de l'intervention, élévation qui est due au choc opératoire.

On remarquera néanmoins dans ces courbes que la défervescence est très brusque, et la guérison prompte.

Il nous semble difficile d'obtenir, avec la méthode abstentionniste, des résultats aussi nets et aussi rapides.

II. — Résultats obtenus à la maternité de Canolle

Nous avons examiné toutes les observations des malades soignées, à Cenolle du 1^{er} janvier 1911 au 1^{er} janvier 1921, soit pendant une période de 10 ans. Nous avons retenu toutes celles concernant des malades entrées pour rétentions placentaires post-abortives et infectées. Nous avons considéré comme infectée, toute femme qui, faisant de la rétention placentaire totale ou partielle, post-abortive, présentait une température axillaire supérieure à 37°, 2, ce qui correspond à une température centrale de 37°, 7, chiffre qui nous a été fourni par le travail de Poey-Noguez sur la morbidité à la clinique obstétricale de Bordeaux. C'est là pourra-t-on nous objecter, une infection bien légère ; nous avons voulu, justement, pour que notre statistique soit exacte, prendre tous les cas d'infection, quelque faible qu'elle fut.

Nous avons retenu 398 observations, que nous avons dépouillées soigneusement, et nous avons noté, d'une part les traitements appliqués et d'autre part les résultats.

Voici les chiffres que nous avons obtenus ;

Sur 398 malades, 299 ont été traitées par le curage ; pour 99, le curettage a été nécessaire.

373 malades sont sorties de Canolle guéries sans aucune complication.

13 malades sont sorties guéries, mais après diverses complications sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure.

4 sont parties sans consentement et non guéries, avec une température encore élevée. Aucun renseignement n'existant sur elles après leurs départs, nous sommes obligés de les supprimer de notre statistique car dans leur observation rien ne nous autorise à conclure ni qu'elles sont guéries, ni qu'elles sont mortes.

2 sont parties également sans consentement; mais dans un état désespéré; nous les considérons comme décédées.

6 sont décédées à Canolle.

Par conséquent, nous obtenons les chiffres suivants :

Sur 394 malades : (défalcation des 4 parties sans qu'on soit fixé sur leur sort)

373 guérisons.....	soit	94,67 %.
13 complications.....	»	3,29 %.
8 décès.....	»	2,03 %.

Sur les 373 cas de guérisons que nous avons trouvés, nous ne voulons rien dire; leurs observations et leurs courbes de température sont semblables à celles que nous avons données tout à l'heure comme exemples de curage et de curettage.

Les cas qui ont été suivis de complications, mais néanmoins guéris, se dénombrent de la façon suivante :

Sur 13 cas, nous avons trouvé :

8 phléblites : (obs. N° 150 en 1912; 48 et 54 en 1913; 197 en 1914; 186 en 1916; 17 et 95 en 1919; 193 en 1920).

1 congestion pulmonaire : (obs. N° 63 en 1913).

1 phlegmon du ligament large : (obs. N° 188 en 1914).

1 annexite (obs. n° 46 en 1915).

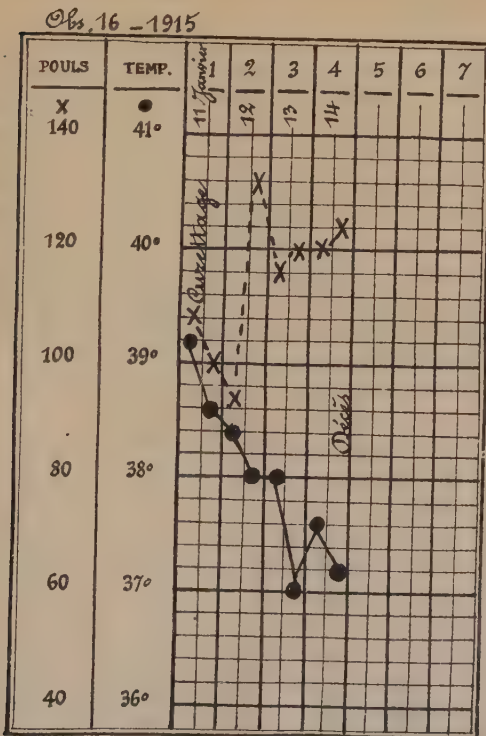
1 pyélo-néphrite (obs. n° 39 en 1916).

1 péritonite (obs. n° 94 en 1918).

Quant aux malades qui sont décédées à Canolle ou qui en

sont parties dans un état tellement grave, que logiquement, nous devons les considérer comme décédées, voici leurs observations résumées et leurs courbes de température. Il n'en est qu'une dont nous ne pouvons, pour des raisons matérielles, donner l'observation ni la courbe. Il s'agissait d'une malade qui, ayant fait une fausse couche à son domicile, avait, faisant de la rétention placentaire, subi un curetage avant d'arriver à Canolle. Elle était entrée dans le service très gravement infectée : aucun traitement local n'y fut fait puisqu'un curetage avait déjà été effectué. Après un séjour d'une quinzaine à Canolle, la malade avait été emmenée par sa famille dans un état désespéré. Bien qu'aucun traitement local ne lui ait été appliqué dans le service, nous en faisons état dans notre statistique, et la comptons parmi les décès.

OBSERVATION N° 3 (16 — 1915)



Le col est entr'ouvert et on sent le pôle inférieur de l'œuf.

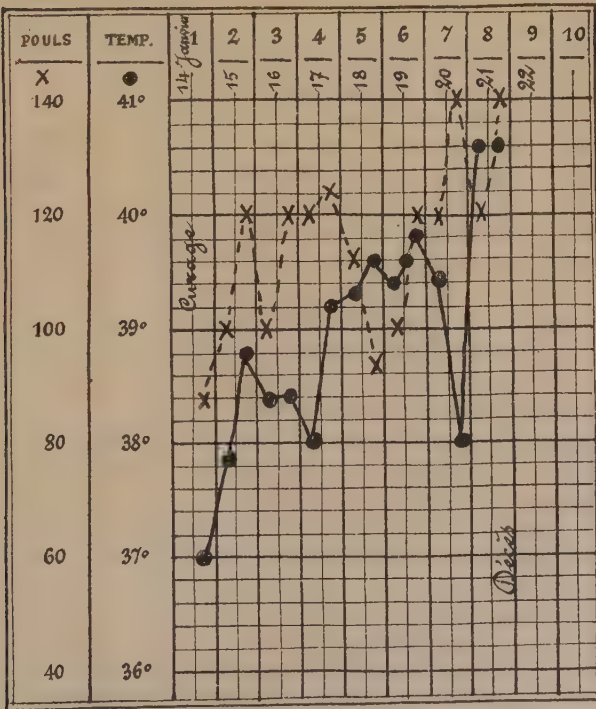
Trois heures après son arrivée, la malade expulse un fœtus de 1 mois 1/2. Une partie du placenta est aussi expulsée. On est obligé de pratiquer un curage pour retirer les restes du placenta. Une injection intra-utérine suit. Trois jours après septicémie pyoémique. Tout le corps de la malade est envahi par du pus: vagin, rectum, articulations. La malade meurt le 29 novembre.

OBSERVATION N° 5 (15 — 1918)

Malade arrivée le 14 janvier, ayant fait la veille une fausse couche de 5 mois.

Diagnostic : Rétention placentaire. Temp. 37°. Pouls, 88. Le jour de son arrivée, on extrait, par un curage, le placenta

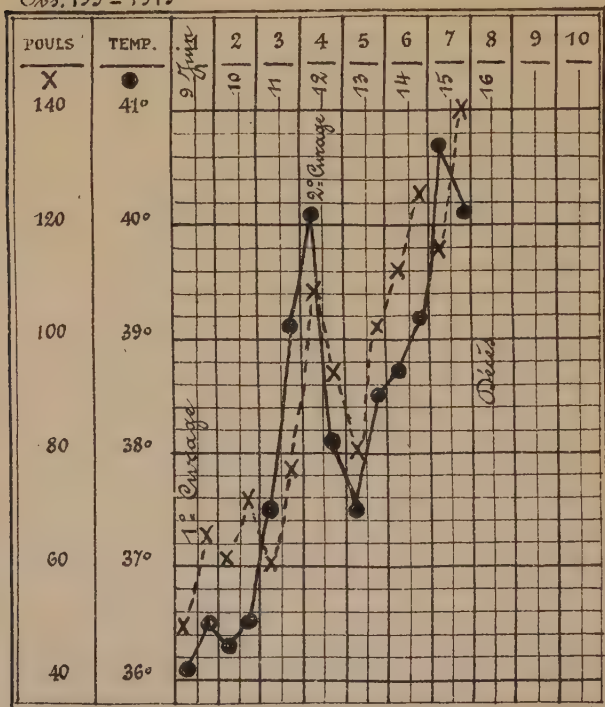
Obs. 15 - 1915



retenu dans la cavité utérine. Une injection intra-utérine à l'eau tiède suit. L'état de la malade s'aggrave dans les jours qui suivent, et, en dépit d'abcès de fixation et de piqûres, elle meurt le 22 janvier.

OBSERVATION N° 6 (193 — 1919)

Obs. 193 — 1919

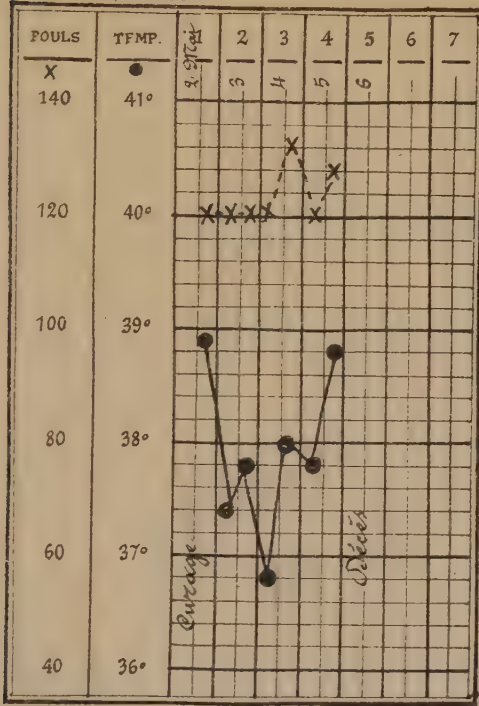


Malade entrée le 9 juin. Avait fait quelque temps auparavant une fausse couche de 3 mois environ. Rétention placentaire totale. À l'arrivée, on pratique un curage. 2 jours après, la température monte brusquement à 40°. Les lochies sont très fétides. Le soir, la malade se plaint de rhumatismes au cou et aux poignets. Délire. Diarrhée. Nouveau curage. Légère amélioration, l'utérus regresse, plus de fétidité des lochies. Le 15, température oscillante variant

d'heure en heure ; le pouls faiblit malgré des piqûres de spartéine et d'huile camphrée ; la malade meurt le 16 juin.

OBSERVATION N° 7 (147 — 1920)

Ob. 147-1920

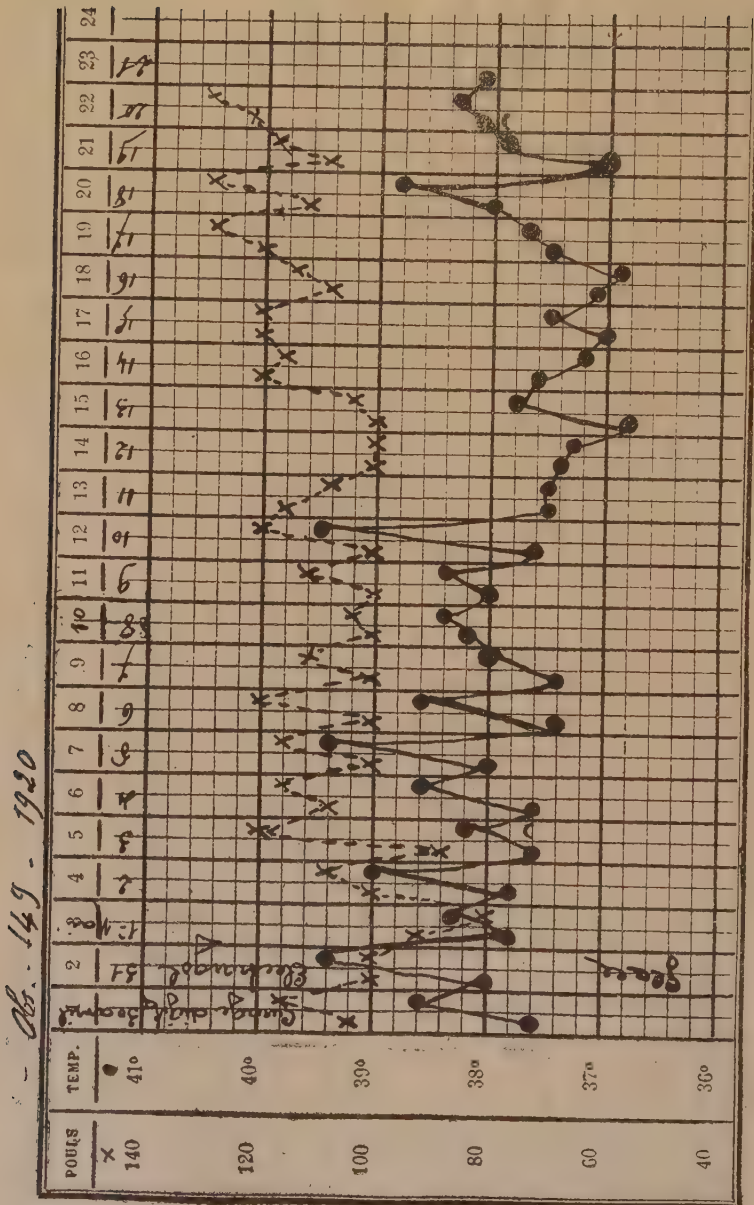


Malade entrée à Canolle le 2 mai ; avait fait une fausse couche de 2 mois 1/2.

Diagnostic : Rétention placentaire. Temp. 39°. Pouls, 120. On pratique un curage qui ramène quelques débris ; glace champagne, huile camphrée.

La malade est très agitée et se plaint d'une très grande lassitude. Malgré les soins qui lui sont donnés, elle meurt le 6 mai au matin.

OBSERVATION N° 8 (149 — 1920)

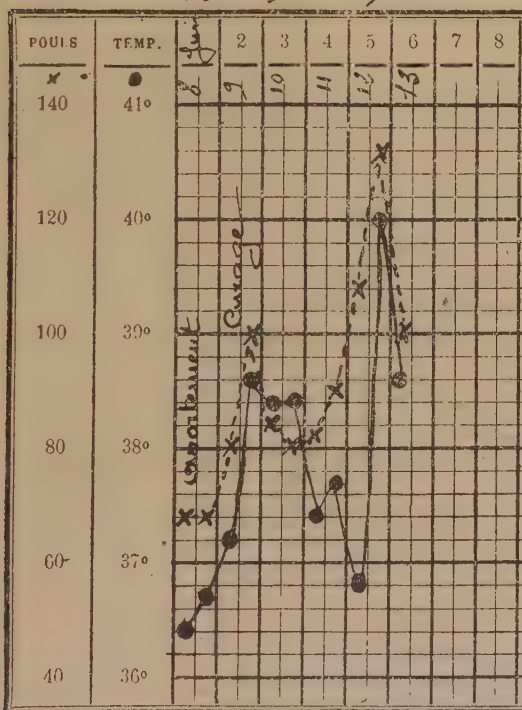


Malade entrée à Canolle le 30 avril. Le 23 avril avait ex-

pulsé un fœtus mort et la placenta était en bouillie fétide. Température à l'arrivée 37° 6, Pouls, 104. Curage digital et écouvillonnage à l'arrivée injection intra-utérine, abcès de fixation. L'écouvillonnage et l'abcès de fixation sont renouvelés deux jours après. La malade quitte l'hôpital le 22 dans un état désespéré.

OBSERVATION N° 9 (190 — 1920)

Obs. 190 - 1920



Malade entrée à Canolle le 8 juin, enceinte de 2 mois. Elle avait eu la veille deux syncopes, et elle vomit tous les liquides qu'on lui fait prendre. Le 8 au matin, abondantes pertes de sang; expulsion d'un fœtus à 17 heures. Délivrance artificielle par curage digital. La malade est décédée le 13 juin, atteinte, dit la feuille d'observation de phlébite des 4 membres.

Voilà les courbes de température et les observations résumées des malades décédées à Canolle. Nous voyons que la seule cause de la mort est la septicémie, c'est-à-dire que la rétention placentaire qui en est le point de départ, n'était plus en cause et on peut, avec quelque apparence de raison penser que, traitées par l'abstention pure, ces malades auraient subi le même sort.

Chez ces malades gravement infectées, on sait en effet que la question primordiale ne tient pas tant à la virulence du microbe qu'à la résistance particulièrement diminuée du terrain.

L'hystérectomie peut trouver là ses indications, encore qu'on puisse lui reprocher peut-être des mutilations inutiles ; mais il semble irrationnel de pratiquer un abstentionnisme systématique que contredisent le bon sens et l'expérience clinique.

Nous voulons, pour terminer, exposer les résultats donnés par diverses méthodes, nous possédons une statistique de Traugott portant sur 138 cas traités par l'abstention, une statistique de Schottmüller in thèse Benech, Paris, 1912-1913) portant sur 37 cas traités par curage ou par curetage, et enfin celle que nous-même avons dressée à Canolle sur 394 cas.

	TRAUGOTT	SCHOTTMÜLLER	VAUVERTS	CANOLLE
Guérisons	94 %.	94, 8 %.	94 %.	94, 67 %.
Complications	4 %.	»	»	3, 29 %.
Décès	2 %.	5, 2 %.	6 %.	2, 05 %.

Nous voyons que ces résultats sont en faveur de la méthode de traitement appliquée à Canolle.

Cette thérapeutique, basée sur des données cliniques et rationnelles justifie donc la confiance que les accoucheurs français lui ont toujours témoignée.

CONCLUSIONS

I. — La thérapeutique des infections post-abortives par rétention placentaire a vu tour à tour des méthodes diverses se partager la faveur des accoucheurs. Le *curage*, le *curettage*, et le curettage suivi en cas d'échec de l'*hystérectomie* ont été successivement proposés.

II. — Il se dessine d'autre part à l'heure actuelle surtout dans les milieux américains un fort courant d'*abstentionnisme* en opposition formelle avec les notions récentes tirées de la chirurgie de guerre qui exigent l'ablation immédiate et complète de tous corps étrangers en voie de mortification.

III. — Les critiques que les abstentionnistes font aux méthodes opératoires tombent devant les faits.

Les résultats de la Maternité de Canolle plaident en effet en faveur d'une *thérapeutique éclectique* dans laquelle les diverses opérations sont judicieusement combinées.

Sur 394 malades, nous relevons 94,67 % de guérisons, 3,29 % de complications et 2,03 % de décès.

Cette thérapeutique, basée sur des données cliniques et rationnelles justifie donc la confiance que les accoucheurs français lui ont toujours témoignée.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

RIVIÈRE.

Vu : *Le Doyen,*

D^r SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 mai 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BENECH. — Traitement des infections abortives. Thèse Paris, 1912-1913.
- BONNAIRE et JEANNIN. — Collargol dans les infections puerpérales. Obstétrique, avril 1908.
- CARTERET. — De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. Thèse Paris, 1899-1900.
- CONVERT et VIGNES. — Les tendances actuelles dans le traitement de l'avortement. Progrès Médical n° 4. 1919.
- DOLERIS. — Nouvelles archives d'obstétrique. 1886.
- DE LEE. — Chicago Médical Record. 1916.
- J. L. FAURE. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. 10 mai 1920.
- GOLDSTINE. — Société de gynécologie de Chicago. 1918.
- GUILLERMO-RIBAS. — Conduite à tenir dans les rétentions placentaires post-abortives. Revue des sciences médicales de Barcelone. Juin 1915.
- GUYOT. — Du traitement de la rétention placentaire post-abortive par le curage digital et par le curettage. Thèse Toulouse, 1906-1907.
- M^{me} LACHAPELLE. — Pratique des accouchements. 1825.
- LAMOUREUX. — Le traitement de la rétention placentaire post-abortives (étude historique). Thèse Lille, 1910-1911.
- MAYGRIER. — Annales de Gynécologie et d'obstétrique. Juillet 1897.
- MICHON. — Une nouvelle méthode de traitement des infections utérines par irrigation continue. Revue Française de Gynécologie et d'obstétrique. Juin 1920.
- OUI. — Curettage utérin dans les complications de la rétention placentaire. Annales de gynécologie. Février 1898.
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale, 1896.
- POEY-NOGUEZ. — Quelques recherches sur la morbidité à la cli-

nique obstétricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Thèse Bordeaux, 1912-1913.

POLAK. — *Médical Record*. 24 février 1914.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*, 1894.

SCHOTTMULLER. — Streptokokken aborte und ihre Behandlung.
Münchener medizinische Wochenschrift, n° 40-41,
1911.

TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchement*, 1888.

TEILLOT. — Du traitement des rétentions placentaires après
l'avortement. Thèse Montpellier, 1912-1913.

TRAUGOTT. — Aktive un Konservative Behandlung des strepto-
kokken aborte und ihre Resultate. *Zeitschrift für*
Geburstsh, und Gynük. Stuttgart, 1913.

VANVERTS. — Abstention ou intervention dans les avortements
complicés. *Revue Française de Gynécologie et d'obs-
tétrique*, septembre 1920.

VERDIER. — De l'opportunité et du choix d'une intervention dans
l'avortement incomplet. Thèse Paris, 1904-1905.

WALLICH. — Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques
infections chirurgicales. *Presse Médicale* n° 18, 1919.

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
15, COURS DE LA MARNE.
